Münster.1928,№ 10 Med Diss.

Ein Beitrag zur differentialdiagnostischen Bedeutung der Lues bei Nebenhöhlenerkrankungen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.

Vorgelegt von

Ernst Wagenfeld

aus Münster i. W.

1 · 9 · 2 · 7

Gedruckt in der Werkdruckerei von Robert Kleinert in Quakenbrück.

1920

Dekan: Herr Professer Dr. Coenen.
Referent: Herr Professor Dr. Marx.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Westf. Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.

Meinem Vater!

Ein Beitrag zur differentialdiagnostischen Bedeutung der Lues bei Nebenhöhlenerkrankungen.

In der gesamten Medizin zeigt keine Krankheit eine derartige Vielheit in ihren Erscheinungsformen, wie die Lues. Auf dieser Mannigfaltigkeit beruhen zum größten Teil die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei ihrer Feststellung. Zumal, da sich eine Lues in klinischen Erscheinungsformen äußern kann, die mit denen einer nichtluetischen Erkrankung nahezu identisch sind.

Ergibt sich infolgedessen bei einem Patienten ein klinischer Befund, mit dem die subjektiven Beschwerden in Einklang zu stehen scheinen, so liegt es nahe, Beschwerden und Befund als zwei zusammengehörige Dinge zu betrachten und sich mit diesem Ergebnis zufrieden zu geben, wenn nicht eines Tages die Anfangsdiagnose als Fehldiagnose sich erweist. Allerdings sind häufig die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten derart, daß es erst nach langem, ergebnislosem Suchen gelingt, eine einwandfreie Diagnose zu stellen.

Die Gefahren einer Fehldiagnose und die Wichtigkeit exaktester Differentialdiagnostik zeigt ein Fall, der in der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu Münster i. W. zur Beobachtung kam.

Es handelte sich um einen Patienten mit angeblich „chronisch rezidivierenden Nebenhöhleneiterungen", dessen Hauptbeschwerden unerträgliche Kopfschmerzen waren.

Als Symptom ist der Kopfschmerz bei Nebenhöhlenleiden überaus häufig, bald in exacerbierenden Attacken, bald andauernd und diffus, bald neuralgiform auftretend.

Der Ort des Schmerzes zeigt oft Unterschiede je nach der befallenen Höhle. Bei Entzündungen der Keilbeinhöhle findet sich vorwiegend ein diffuses Druckgefühl im Hinterkopf, begleitend kann angedeutete Nackensteifigkeit vorhanden sein, sie

ist aber kein konstantes Symptom. Bei Erkrankung der Stirnhöhlen sind die Schmerzen meist in der Stirngegend lokalisiert. Bei chronischen Empyemen bringt ein akutes Aufflackern des Prozesses heftigste periodische Schmerzen mit sich; hierbei ist ein neuralgiformes Auftreten zu bestimmten Tageszeiten zu beobachten. Die Neuralgien treten im Trigeminus auf, häufig als Neuralgie des N. supraorbitalis; vorwiegend ist aber hier ein dumpfer diffuser Kopfschmerz zu beobachten. Andererseits werden die Schmerzen nicht selten auch in Scheitel- und Hinterhauptregionen lokalisiert. Am wenigsten häufig wird der Schmerz im Oberkiefer angegeben. Was Dauer und Intensität dieser den Patienten ungemein quälenden Schmerzen anlangt, so können Tage und Wochen von fast vollkommenem Wohlbefinden mit eben solchen Zeiträumen „wahnsinniger" Schmerzen abwechseln. Daß bei einem derartigen Zustand des Patienten das psychische Wohlbefinden leidet, ist einleuchtend. So findet auch das häufige Vorkommen von Depressionszuständen mit Verdrießlichkeit, Launenhaftigkeit, unter Umständen sogar Lebensüberdruß, eine Erklärung. Bei manchen Kranken werden die Depressionen von Erregungszuständen abgelöst. Auf deren Zustandekommen scheint der Genuß übermäßiger Mahlzeiten, Tabak- oder Alkoholgenuß auch in ganz mäßigen Quanten nicht ohne Einfluß zu sein. Es kommt dabei zu Rötung des Gesichts, Augenflimmern und Erhöhung der Pulsfrequenz. Eine Klage mancher Patienten ist ein unangenehmes Schwindelgefühl, das nicht als ausgesprochener Drehschwindel, sondern subjektiv als Gefühl der Unsicherheit, objektiv als Taumeln wahrnehmbar ist. (Rhese.)

Diese allgemeinen subjektiven Beschwerden können sich bei jeder Art der Nebenhöhlenaffektion zeigen, sie sind aber nicht beweisend für den Sitz der Erkrankung.

Bei dieser Mannigfaltigkeit der Kopfschmerzen und der subjektiven Beschwerden ist eine exakte Diagnose nur auf Grund subjektiver Symptome nicht möglich. Zwar soll man bei Kopfschmerzen ohne sichere Ursache auch stets an eine Entzündung einer oder mehrerer Nebenhöhlen denken und eine eingehende Untersuchung vornehmen. Findet sich dann tatsächlich eine Nebenhöhlenerkrankung, so ist es natürlich naheliegend, die Beschwerden damit in Verbindung zu bringen. Andererseits ist aber auch stets im Auge zu behalten, daß die Schmerzen trotz des positiven Nebenhöhlenbefundes doch noch eine andere Ursache haben können.

Aber auch die eingehende Erhebung des klinischen Befundes vermag nicht immer vor differentialdiagnostischen Irrtümern zu schützen, wie das ein Fall zeigt, der Anfang 1926 in der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu Münster i. W. zur Beobachtung kam.

Krankengeschichte.

Der Patient K. K. wurde am 10. 1. 1926 in die Universitätsklinik aufgenommen, mit folgender Vorgeschichte:

Im Jahre 1922 Kieferhöhleneiterung und Operation, daran anschließend akute Otitis media mit Sinusthrombose links, durch Operation und Unterbindung der Vena jugularis behandelt. Einige Tage nach der Operation des Prozessus mastoideus, aber vor der Unterbindung der Jugularis trat eine von oben nach unten fortschreitende spastische Lähmung der rechten oberen und unteren Extremität auf, die etwa acht Tage anhielt, um dann bis auf eine leichte „Unsicherheit" im rechten Bein und Parästhesien im rechten Arm wieder zu verschwinden. (Angabe des Patienten.) 1923 wegen starker Kopfschmerzen Operation der Stirnhöhle und Wiedereröffnung der Kieferhöhle, 1924 wird wegen sehr starker Kopfschmerzen erneut die Stirnhöhle eröffnet, gleichzeitig wurde der N. ethmoidalis und der N. supraorbitalis reseziert. Nach diesem Eingriff trat zunächst eine scheinbare Besserung ein, jedoch klagte Pat. immer noch über heftige Schmerzen im Hinterkopfe, die beim Liegen zunahmen. Wegen dieser Beschwerden wurde die Resektion des linken N. occipitalis maior durch Eingehen in der Hinterhauptgegend vorgenommen, darauf angeblich Besserung des subjektiven Befindens bis November 1925. Dann wieder starke Kopfschmerzen. Erneut wird die Stirnhöhle eröffnet, wobei sich narbige Verwachsungen des Zuführungsganges der Stirnhöhle zeigten. In der Höhle nur wenig Schleim und Granulationen. In derselben Sitzung wurde auch das Siebbein bis zum Keilbein ausgeräumt.

Da die Beschwerden immer noch andauern, wird der Pat. zur weiteren Beobachtung und zur Klärung des Befundes der Universitätsklinik überwiesen.

Bei der Aufnahme klagt der Pat. über starke Schmerzen im Hinterkopf, die anfallsweise auftreten und zeitweise so heftig sind, daß er sich kaum aufrecht erhalten kann. Zuweilen leichter Schwindel, manchmal „könne er seine Gedanken nicht zusammen halten". Zeitweise stellt sich Müdigkeitsgefühl im linken Arm ein, das bis in die Finger, besonders in die Mittelfinger geht.

Ergänzend bestätigt die Frau des Pat. die häufige Unbesinnlichkeit ihres Mannes. Das sei auch den Untergebenen im Dienst aufgefallen. Ferner gibt sie an, die Schmerzen kämen meistens anfallsweise, und dabei sei des öfteren Uebelkeit und Erbrechen aufgetreten. Gleichzeitig mit dem Uebelkeitsgefühl träte Schwindel auf, so daß Pat. sich hinlegen müsse, da er umzufallen drohe. Dieser Zustand dauert jetzt zwei Jahre.

Status Praesens.

38jähriger, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Gesichtsausdruck sehr schmerzlich und verdrießlich, dem Kranken ist sein leidender Zustand vom Gesicht abzulesen. Die Gemütsverfassung ist wechselnd, geht den Schmerzen parallel.

Links: glatte Operationsnarbe hinter der Ohrmuschel, an einer Stelle etwa 1 cm tiefe Einziehung. Am vorderen Rande des linken Sternocleidomastoideus beginnt etwa 6½ cm unterhalb der Warzenspitze eine unregelmäßige, unten breitere Narbe, die sich über eine Strecke von etwa 7 cm bis zum Jugulum erstreckt. In der Gegend der Narbe ist nichts Pathologisches palpabel, besonders kein Schwirren. Zu fühlen ist nur der Catotispuls. Im übrigen ist die linke Halsseite normal. Scalenuslücke bzw. Plexusgegend frei. Hals frei beweglich. Halswirbelsäule auf Druck und Stoß nicht empfindlich.

Am Hinterkopf in der Höhe der Protuberantia occipitalis 2 cm von der Mittellinie beginnend eine nach links nahezu horizontal verlaufende Narbe von zirka 5 cm Länge, die fingerbreit hinter der Operationsnarbe in der Warzenfortsatzgegend endet. Im Genick frühere Furunkelincisionsnarbe. Trommelfell links: blaß, unten etwas eingezogene Narbe, vorn weißliche Verdickung. Shrappnell'sche Membran stark eingezogen. Kurzer Fortsatz stark vorstehend. Trommelfell rechts: leicht getrübt, sonst o. B. Cochlearisprüfung: Flüstersprache links 0,3 m, rechts 5—6 m. Mit Lärmtrommel wird links verschärfte Flüstersprache am Ohr verstanden.

Weber'scher Versuch unbestimmt, Schwabach normal, eine Verkürzung ist nicht vorhanden, Rinnée positiv.

Vestibularisprüfung: bei Augenfußschluß etwas Schwanken. Gang leicht breitspurig, mit geschlossenen Augen unsicher und schwankend. Der Zeigeversuch fällt ganz unregelmäßig aus. Kein deutliches Vorbeizeigen. Bei der Ataxieprüfung schwach angedeuteter Intentionstremor.

Spontannystagmus und Fixationsnystagmus sind nicht nachzuweisen. Die kalorische und Drehprüfung konnten nicht ausgeführt werden. Keine Adiadochokinese, keine Hypertonie, keine Hypotonie.

Nase und Nasennebenhöhlen:

Aeußere Nase: An beiden Augenbrauen strichförmige, glatt verheilte Operationsnarben, von früheren Stirnhöhlenoperationen herrührend.

Im Munde auf der Höhe der Umschlagsfalte von Lippenschleimhaut auf den Alveolarfortsatz rechts wie links Narben zu Operationen der Kieferhöhlen.

Naseninneres: Nase auf beiden Seiten weit, links weiter als rechts. Schleimhaut ziemlich atrophisch, mit Krusten und Borken bedeckt. Die unteren Muscheln sind klein. Die laterale Wand des unteren Nasenganges fehlt auf beiden Seiten, man gelangt mit der Sonde tief in die Kieferhöhlen. Von der mittleren Muschel fehlt rechts wie links der größte Teil, so daß nur noch ein kleiner Rest steht. Das Siebbein ist weit eröffnet. Auch hier Borken und Krusten an den Wänden. Stirnhöhlen leicht sondierbar. Beim Zurückziehen der Sonde kommt kein Sekret nach, auch beim Ansaugen der rechten, wie linken Nase kommt kein Sekret zum Vorschein.

Puls und Temperatur normal.

Hirnnerven: (Prof. Kehrer.) Mit Ausnahme einer starken Hypästhesie im Trigeminus I o. B. Diese Hypästhesie im Trigeminus I geht an der Grenze dieses Nerven und des Cervikalbereichs allmählich in eine hochgradige, nach hinten sich steigernde Hyperästhesie des Occipitalisbereiches über, die bis zur Grenze von C II/C III geht. Nach hinten unten schließt dieses hyperästhetische Gebiet ziemlich scharf mit der horizontalen Operationsnarbe ab, so daß man unterhalb dieser auch mit dem faradischen Pinsel, ohne Abwehrbewegungen auszulösen, einwirken kann.

Am linken Arm finden sich Parästhesien, vorwiegend im Medianusgebiet und eine „mikroskopische" Herabsetzung der groben Kraft der Hand Sonst sind keine deutlichen organischen Zeichen zu finden.

Die Reflexe sind sämtlich vorhanden, aber nicht gesteigert oder sonst verändert. Ebenso ist der übrige neurologische Befund negativ.

Das psychische Verhalten des Kranken wechselt mit seinem Zustand. Der Untersuchte hatte wiederholte Schmerzanfälle, die so stark waren, daß er halbe Tage im Bett liegen mußte. Dabei wird das Gesicht blaß, verzerrt vor Qual, er krümmt sich vor Schmerzen, bohrt den Kopf in die Kissen, ist auf Zuspruch nicht zugängig. In der übrigen Zeit zeigen sich keine psychischen Veränderungen.

Die röntgenologische Untersuchung des Schädels in fronto-occipitaler Richtung zeigt den Status nach mehrfacher Nebenhöhlenoperation. Linke Kieferhöhlen- und Siebbeingegend stark verschleiert, die rechte Seite ist normal. Die Aufnahme der Gegend des Warzenfortsatzes ist völlig normal. An den Halsaufnahmen ist nichts Pathologisches, wie Tumor oder Halsrippe oder eine Veränderung der Plexusgegend zu sehen. Ebenso ist die Halswirbelsäule nicht verändert.

11. 1. Blutuntersuchung: Wassermann'sche Reaktion und Meinecke'sche Trübungsreaktion negativ.

In den nächsten Tagen dauert der Zustand nahezu unverändert an. Verschiedentlich abendliche Temperaturerhöhungen bis 37,6 Grad. Einmal Erbrechen. Trotz ständiger Gaben von Antineuralgicis dauern die Schmerzen fast ununterbrochen mit geringen Schwankungen an.

Nach diesem Befunde wurde mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen, daß die hochgradigen Beschwerden durch die Nebenhöhlenveränderungen hervorgerufen waren. Schwindel, Uebelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen ließen vielmehr an einen Tumor cerebri denken, darum wurde am 27. 1. 5 Uhr nachmittags die Encephalographie (Dr. Vetter, Chir. Univ.-Klinik) vorgenommen. Im Sitzen werden 60 ccm Lumbalflüssigkeit abgelassen, und zwar in Portionen von 10 ccm unter Ersatz durch die entsprechenden Luftmengen. Bei 60 ccm wird über sehr starken Kopfschmerz geklagt. Der Puls wird dünn und fadenförmig, auch tritt eine erhebliche Pulsverlangsamung auf. Abends Puls immer noch recht langsam und ziemlich gespannt.

30. 1. Ergebnis der Liquoruntersuchung: Wassermann'sche Reaktion:

Liquorzusatz	0,05	negativ
	0,1	positiv +
	0,2	positiv + + +
	0,3	
	0,4	

Keine Zellvermehrung, Nonne positiv. Pandy, Phase I positiv, also leichte Eiweißvermehrung.

Jetzt endlich gibt der Pat. auf Befragen eine Infektion im Jahre 1919 zu. Er sei damals wiederholt behandelt worden. Die Wa.-R. im Blut sei immer negativ gewesen.

Daraufhin wird sofort eine energische antiluetische Kur eingeleitet. Sämtliche anderen Medikamente werden abgesetzt.

Am 1. 2. hat der Pat. dreimal Erbrechen. Spontane Angabe, daß die Schmerzen am Hinterkopf nachlassen. Am 2. 2. nochmals dreimal Erbrechen.

In den folgenden Tagen bessert sich das Befinden zusehends.

Am 16. 2. kann der Pat. in ambulante Behandlung entlassen werden. Die Kopfschmerzen und sonstigen subjektiven Beschwerden sind vollkommen verschwunden. Objektiv besteht kein Schwanken und kein Tremor mehr. Schwindel und Erbrechen haben sich nicht wieder gezeigt. Der Borkenbelag in der Nase ist fast verschwunden.

Erste Nachuntersuchung Ende März 1926: Wa.-R. im Blut negativ. Erneute Lumbalpunktion: Im Liquor ist die Wa.-R. und M.-Tr.-R. positiv geblieben.

Die Beschwerden sind nicht wieder aufgetreten. Nie wieder Kopfschmerzen, Schwindel oder Erbrechen. Pat. fühlt sich wie umgewandelt, hat wieder Lebensfreude und geht seinen beruflichen Verpflichtungen voll nach.

Objektiv ist kein Schwanken mehr nachweisbar. Zeigeversuch normal, kein Tremor. Die ataktischen Symptome fehlen vollständig. Die Nase ist sehr weit, nur noch ganz schwache Borkenbildung.

Nachuntersuchung Oktober 1926: Nase und Nebenhöhlen gegen früher unverändert. Der Pat. ist auch bis heute völlig beschwerdefrei geblieben.

Bei einer Nachuntersuchung Ende September 1927 hat sich nichts verändert.

Epikrise.

Der Pat. ist seit dem Jahre 1922 wegen „Nebenhöhleneiterungen“ behandelt worden. Wegen immer wieder auftretender Kopfschmerzen wurden im ganzen achtzehn Operationen vorgenommen. Da nun bei dem neuerlichen Anwachsen der Beschwerden keinerlei Anzeichen für eine versteckte Eiterung der Nebenhöhlen oder eine Beteiligung von seiten des Ohres nachzuweisen war, mußte eine andere Ursache der Beschwerden vermutet werden. Die Deutung des Krankheitsbildes war außer-

ordentlich schwer, da es durch die vielen Operationen verzerrt war. Nach Lage der Dinge lag es anfangs nahe, die Symptome mit einem versteckten Nebenhöhlenleiden in Verbindung zu bringen. Darauf wurde zunächst an einen Tumor an der Schädelbasis gedacht. Bei weiterer Beobachtung mußte dieser Verdacht wieder fallen gelassen werden, da das klinische Bild und vor allem Encephalographie und Röntgenuntersuchung dafür keine sicheren Anhaltspunkte boten. Eine paravertebrale Affektion der Halswirbelsäule, die einerseits den Plexus cervicalis, andererseits den N. occipitalis beeinflußte, hatte die meiste Wahrscheinlichkeit für sich. Doch auch diese Vermutung wurde durch das Ergebnis der Röntgenaufnahme, die eine völlig unveränderte Halswirbelsäule zeigte, hinfällig.

Die Möglichkeit einer Lues war in der Differentialdiagnose von vornherein in Erwägung gezogen worden, verlor aber nach dem negativen Ausfall der Wassermann'schen Reaktion und der Meinecke'schen Trübungsreaktion im Blut an Wahrscheinlichkeit.

Endlich Klarheit brachte erst die Liquoruntersuchung, die mit Sicherheit bewies, daß tatsächlich eine Lues, die jetzt auch vom Pat. als 1919 erworben, zugegeben wird, die wahre Ursache der großen Beschwerden war.

Ueber die genaue Lokalisation und das Wesen des luetischen Prozesses läßt sich Sicheres nicht aussagen. Im Vordergrund der Beschwerden standen die den Pat. ungemein quälenden Schmerzen von dem Charakter der „Occipitalneuralgien".

Darunter sind nach Bernhardt zu verstehen: „schmerzhafte neuralgische Zustände im Bereiche der zum Plexus cervicalis gehörenden Nerven. In Frage kommen hier hauptsächlich der N. occipitalis maior, N. occipitalis minor, der N. auricularis magnus und der N. cervicalis superficialis. Der Sitz der Schmerzen ist meist das Ausbreitungsgebiet des N. occipitalis maior, d. h. der Schmerz erstreckt sich von den obersten Nackenpartien hinauf bis zum Scheitel hin". Romberg macht auf die überraschend hohe Hyperästhesie, die vorwiegend während des Anfalles, seltener in der anfallfreien Zeit gefunden wird, aufmerksam. Bei den Beschwerden handelt es sich oft um ein ständiges Druckgefühl in der Hinterhauptnackengegend, überwiegend ist jedoch das paroxysmale Auftreten der Schmerzen. Infolge der Anastomosen der Occipitalnerven mit den Aesten des Trigeminus kann sogar das Bild einer Prosopalgie vorgetäuscht werden. (Bernhardt.)

Als ätiologisches Moment heben Bernhardt und andere (Valleix, Eulenburg, Seeligmüller) neben Erkältungen, Trauma und nervösen Störungen, die Erkrankungen der Halswirbelsäule hervor. Sie betonen aber die besondere Bedeutung der Erkrankung der häutigen Umhüllungen (Lepto- und Pachymeningitis) auf tuberkulöser und vor allen Dingen auf luetischer Grundlage.

Die beiden anderen Beschwerden, nämlich Schwindel und Erbrechen, begründen den Verdacht auf eine cerebrale oder cerebrospinale Affektion.

Abgesehen von diesen allgemeinen cerebralen Symptomen und der Erhöhung des Liquordruckes, die bei der Encephalographie gefunden wurde, wies nichts auf einen Prozeß an der Basis oder Konvexität des Gehirns hin. Vor allem fehlte jede Beteiligung eines oder mehrerer Hirnnerven. Trotz dieses negativen Befundes besteht immer noch die Möglichkeit, daß es sich um eine Meningitis basilaris luetica gehandelt hat. Bekanntlich können hierbei, was Oppenheim besonders hervorhebt, „die Schmerzen allen anderen Erscheinungen um Monate, ja sogar Jahre vorausgehen".

Ein weiterer Hinweis auf eine Beteiligung des Cerebrum findet sich in der Angabe des Pat. über seine „Unbesinnlichkeit". „Bewußtseinsstörungen spielen besonders bei der Basalmeningitis eine hervorragende Rolle, sie treten nicht langsam anwachsend, sondern anfallweise auf. Eine mäßige Benommenheit kann andauernd vorhanden sein. Es besteht dabei eine große Langsamkeit des Denkens, und Schwerfälligkeit im Sprechen und bei Bewegungen". (Oppenheim.) Die weiteren Symptome, Erbrechen und Schwindel, fügen sich wohl in das Symptomenbild einer Meningitis basilaris. Sie sind aber, da sie nur allgemeine cerebrale Symptome sind, zwar verdächtig, aber nicht beweisend. Oppenheim fand beides sehr häufig. Erbrechen tritt nach ihm häufig auf der Höhe des Anfalles auf. Temperatursteigerungen, wie sie bei unserem Pat. parallel mit einer subjektiven Verschlechterung des Befindens einhergingen, geben Heubner und Wunderlich als Auswirkung der Meningitis luetica an. Das Fehlen jeglicher anderer Erkrankung als Grund für das Fieber macht es wahrscheinlich, jedoch nicht sicher, daß in unserem Falle eine Meningitis basilaris luetica vorliegt bzw. gelegen hat. Schwer zu erklären ist jedoch bei einer solchen Annahme die auffallende Lokalisation der Kopfschmerzen im Occipitalisgebiet.

Nach Angaben von Nonne und Neumann sind gerade die Nerven des Plexus cervicalis und brachialis bei der Syphilis des

Rückenmarks am häufigsten beteiligt. Die Schmerzen treten in C II III auf, die Parästhesien im Arm vorwiegend in dem vom Medianus versorgten Gebiet. Danach liegt eine Affektion im Bereiche des Halsmarks immerhin im Bereiche der Möglichkeit. Andererseits gehört eine isolierte Pachy- bzw. Leptomeningitis luetica des Rückenmarks zu den größten Seltenheiten, doch kann gegenüber den Erscheinungen von seiten des Rückenmarks die fast konstante Beteiligung der Hirnhäute in den Hintergrund treten, ja klinisch nicht einmal nachweisbar sein und sich nur auf dem Sektionstisch zeigen. (Nonne.)

Eine „luetische Wurzelneuritis", wie Kahler sie beschrieben hat, dürfte wohl kaum in Frage kommen, denn das hervorstechende Merkmal, die Lähmungen, fehlt vollkommen. Eine periphere Neuritis ist wegen des Vorhandenseins cerebraler Symptome von vornherein abzulehnen.

Die Erkrankung als ein Neurorecidiv aufzufassen, hat keine Berechtigung. Die Wa.-R. ist hierbei meist positiv, die Lymphozytose im Liquor sehr stark, so daß allein auf Grund des Ergebnisses der serologischen Untersuchung diese Diagnose abgelehnt werden muß. Außerdem entwickeln sich die Neurorecidive nur nach Salvarsanbehandlung, und zwar im ersten oder den ersten Monaten. Es findet sich dabei häufig eine Beteiligung des Akusticus (Goldstein), der bei unserem Pat. intakt war.

Zu denken gibt noch die Angabe des Pat. in der Vorgeschichte, daß 1922 nach der Operation des Processus mastoideus eine spastische Lähmung des rechten Armes und Beines auftrat, die nach kurzer Zeit wieder verschwand. Es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es sich dabei um eine luetische Hemiplegie gehandelt hat.

Ob vielleicht ein gummöser Prozeß die Beschwerden verursachte, läßt sich nicht entscheiden.

Auch aus der Beschaffenheit des Liquor und aus dem Ergebnis der Untersuchungen kann in diesem Falle kein sicherer Schluß auf die anatomischen Grundlagen dieser Erscheinungen gezogen werden. Jedenfalls hat es sich um eine hochgelegene Störung der motorischen Bahnen der Extremitäten gehandelt. Auf die Jugularisunterbindung sind die Ausfallserscheinungen keinesfalls zurückzuführen, denn die Unterbindung wurde erst vorgenommen, als die Lähmungen schon in die Erscheinung getreten waren.

Ob und inwieweit die erste Nebenhöhleneiterung, die nach Ansicht der behandelnden Aerzte und nach den Operations-

befunden doch offenbar vorhanden gewesen ist, auf luetischer Grundlage beruht, läßt sich nicht mehr feststellen. Zu bedenken ist aber, daß jetzt die hochgradige Borkenbildung in der Nase unter der energischen spezifischen Behandlung vollkommen geschwunden ist. So liegt zum mindesten der Verdacht nahe, daß es sich, auch bei der Nase, um einen syphilitischen Prozeß gehandelt hat. Die Möglichkeit einer syphilitischen Erkrankung der Nebenhöhlen ist demnach nicht von der Hand zu weisen.

Das Studium der Literatur ergibt, daß analoge Fälle offenbar sehr selten beobachtet sind. Ein Fall, der dem obigen ähnlich ist, differentialdiagnostisch aber nicht so außerordentlich kompliziert sich verhielt, ist von P. Tetens Hald mitgeteilt.

Es handelte sich um einen 41jährigen Mann, der links einen Gesichtsfelddefekt hatte und unter zeitweise auftretenden, entsetzlichen Geruchserscheinungen litt. Da früher schon Polypen entfernt worden waren, vermutete man eine ethmoidale oder sphenoidale Eiterung. Die Ausräumung der betreffenden Höhlen ergab einen verdächtigen Befund der Siebbeinzellen, die Keilbeinhöhle erwies sich als völlig gesund. Da keine Besserung im Zustande des Pat. eintrat, wurden neuerliche Untersuchungen vorgenommen, die hierbei angestellte Wa.-R. im Blut hatte ein stark positives Ergebnis. Es war demnach wahrscheinlich, daß die Symptome durch einen luetischen meningealen Prozeß verursacht waren, nicht durch die geringe ethmoidale Erkrankung. Daher wurde die Diagnose gestellt: Luetische Basilarmeningitis mit Augensymptomen. Diese Annahme wurde durch den späteren Verlauf der Erkrankung bestätigt, da sich verschiedene Symptome entwickelten, die auf eine Meningo-Encephalitis hindeuteten. Trotz energischer Kur verschlimmerte sich der Zustand. Bei einer späteren Neuaufnahme war die Wa.-R. im Blut noch stark positiv, im Liquor negativ. Erneute Behandlung besserte den Zustand erheblich.

Epikrise: In diesem Falle war der absolut unbefriedigende Operationsbefund und der negative Erfolg der chirurgischen Therapie der Grund zu weiteren Nachforschungen. Durch den positiven Ausfall der serologischen Untersuchungen, vor allem im Liquor, gewann die Diagnose eines spezifischen Prozesses an Wahrscheinlichkeit. Fernerhin wurde diese Vermutung durch den Erfolg der antiluetischen Therapie zur Gewißheit. Hier bot die Lues das klinische Bild eines Nebenhöhlenleidens mit sekundären Augenmuskelsymptomen. Im Gegensatz zu unserem Fall war hier nach der ersten Kur die Wa.-R. im Liquor negativ, im Blutserum dagegen noch stark positiv. Ob eine Auswertung der Liquorreaktion, die, bei höheren Werten häufig noch positiv ist, vorgenommen wurde, läßt sich aus dem Bericht nicht entnehmen.

Außer diesem Falle konnte ich in der Literatur keine der unsrigen ähnliche Beobachtung finden, dagegen sind eine ganze Reihe Fälle von Nebenhöhlensyphilis mitgeteilt.

Kuttner hat sich als erster in einer größeren Arbeit zusammenhängend mit der Frage der Syphilis der Nebenhöhlen befaßt und die einschlägige Literatur zusammengestellt. Er kommt zu dem Schluß, daß nicht wenige, um nicht zu sagen, viele Nebenhöhlenleiden, die der chirurgischen Therapie konstant trotzen, auf eine Syphilis zurückzuführen sind, und belegt das an verschiedenen Krankengeschichten, von denen zwei kurz angeführt werden sollen.

Patientin, 34 Jahre, seit Jahren eitriger Nasenausfluß. Geringe Beschwerden. Im mittleren Nasengang rechts massenhafte Polypen, Empyem der Kieferhöhle und Siebbeinzellen rechts. Linke Nasenseite o. B. Infectio venerea entschieden geleugnet. Kein Zeichen von Lues. Zwei gesunde Kinder von 10 und 12 Jahren.

Therapie: operative Behandlung erfolglos. Durch wochenlang fortgesetzte Spülungen keine Besserung. Die Kieferhöhle wird breit eröffnet. Die Sekretion besteht weiter. Minimale Besserung. Ein Jahr später Suicid des Ehemannes wegen beginnender progressiver Paralyse. Jetzt gibt Pat. eine vor zirka 13 Jahren erfolgte Infektion zu. Nunmehr Hg. und Jodkali. Sekretion auf ein Minimum beschränkt.

Epikrise: Es handelte sich offenbar um ein Kieferhöhlenempyem, das durch einen luetischen Prozeß verursacht war. Aus dem klinischen Befunde ließ sich eine Lues weder schließen, noch beweisen. Der Verdacht auf Lues entstand erst durch den negativen Erfolg der Therapie. Da der Fall vor der Wassermann-Aera zur Beobachtung kam, wäre die Diagnose sicher ungeklärt geblieben, wenn nicht durch das Suicid des Mannes die Patientin zur Angabe der Infektion veranlaßt worden wäre. Auch hier ließ der klinische Befund vollständig im Stich.

Pat., 38 Jahre, seit Jahren linksseitige Kiefer-, Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung. Nach operativer Behandlung besteht Sekretion immer weiter. Zeitweise neues Aufflackern des alten Prozesses. Operation wird beschlossen. Pat. teilt mit, daß bei seinem Kinde tags zuvor von autoritativer Seite eine hereditäre Syphilis konstatiert worden ist. Auf energische spezifische Behandlung binnen kurzer Frist alle subjektiven Beschwerden geschwunden. Eiterung läßt jetzt sehr schnell nach. Der durchaus glaubwürdige Pat. weiß auch heute noch nicht, wo er sich infiziert hat.

Epikrise: Auch hier wiederum das Bild der chronischen Nebenhöhleneiterung, kein Zeichen von Lues, nicht einmal eine aufrichtige Anamnese vermochte Aufklärung zu schaffen. Und doch hat es sich einwandfrei um einen luetischen Prozeß gehandelt. Auch bei diesem Falle verdankt die sichere Diagnose ihr Zustandekommen nur einem Zufall.

Diese beiden Kuttner'schen Krankengeschichten sollen als Typen der luetischen Nebenhöhlenempyeme gelten. Sie zeigen

eindeutig, wie wenig Wert unter Umständen gerade bei dieser Art der Erkrankungen auf die klinischen Erscheinungen zu legen ist, da diese für die Aetiologie des Prozesses durchaus nicht beweisend sind. Bei beiden Patienten, die keine sonstigen Zeichen von Lues zeigten, stieß die Diagnose auf große Schwierigkeiten, zu deren Lösung dann alle Hilfsmittel der Diagnostik herangezogen werden mußten.

Jahrelang hat dann anscheinend das Interesse an dieser Frage geruht, bis Viggo Schmidt ausgehend von der Kuttnerschen Arbeit eine Mitteilung über verschiedene Fälle von Nebenhöhlensyphilis veröffentlichte. Er fand zwei Fälle von Ethmoiditis, die verschiedentlich mit negativem Erfolge operiert worden waren. Als dann die Wa.-R. positiv gefunden wurde, und als auf spezifische Behandlung prompte Heilung eintrat, wurde späterhin bei jedem verdächtigen Patienten die Blutuntersuchung vorgenommen. Diese hatte das Ergebnis, daß Schmidt in einem Jahre sechs weitere, vorher nicht erkannte Fälle der richtigen Therapie zuführen und ohne lokale Behandlung heilen konnte.

Zur Frage über die Irrwege der Diagnostik und über die Schwierigkeiten, die sich der Aufhellung ätiologisch unklarer Krankheitsbilder in den Weg stellen können, sei auch hier auf eine Arbeit von Marx verwiesen, der eine ganze Reihe diagnostisch unklarer Fälle zusammengestellt hat, bei denen durch luetische Veränderungen Krankheitsbilder zum Vorschein kamen, die klinisch anscheinend mit Lues nichts zu tun hatten.

Bei einem Kranken verbarg sich unter den Erscheinungen einer Nervenschwerhörigkeit und später eines Kleinhirnbrückenwinkeltumoren ein tertiär luetischer cerebraler Prozeß. Klarheit brachte hier erst die serologische Untersuchung (stark positive Wa.-R. im Liquor) und der Erfolg der spezifischen Therapie.

Ein anderes Mal wurde eine Rekurrenslähmung und heftige Hämoptoe durch eine peritracheale gummöse Veränderung hervorgerufen.

In einem dritten Falle verbirgt sich unter dem Bilde eines rasch wachsenden Oberkiefersarkoms ein großes Gumma der Kieferhöhle. Wie gewöhnlich läßt auch hier die Anamnese im Stich. Die histologische Untersuchung bringt keine Klarheit. Trotz des positiven serologischen Befundes ist ein Zusammenhang zwischen der bestehenden Lues, den Beschwerden und dem klinischen Befunde nicht nachweisbar. Erst die erfolgreiche Therapie deckt die Syphilis als Ursache der Krankheit auf.

Derartige Fälle, die wohl gar nicht so selten sind, wie es nach der Literatur den Eindruck machen könnte, zeigen, wie schwer die Stellung einer exakten Diagnose sein kann. Darum müssen zu ihrer Erhärtung sämtliche differential-diagnostischen

Hilfsmittel in Anspruch genommen werden. Infolge der heutzutage häufig sehr frühzeitigen spezifischen Behandlung kommt es oft gar nicht zur Ausbildung sekundärer Symptome. Die Patienten halten sich für geheilt, entziehen sich der Behandlung, und so treten bei späteren Erkrankungen Verschleierungen des Krankheitsbildes auf, die nur durch die genaueste Untersuchung zu klären sind.

Die Anamnese läßt sehr häufig im Stich, da die Patienten meist entschieden eine Infektion ableugnen, sich nicht selten ihrer auch gar nicht bewußt sind.

Wie wenig maßgebend, unter Umständen geradezu irreführend, der klinische Befund sein kann, zeigen alle in dieser Arbeit angeführten Fälle. Klinisch war bei keinem die Diagnose „Lues" zu stellen.

Die histologische Untersuchung von Probeexcisionen kann in vielen Fällen zu einem Ergebnis führen, sie kann aber auch, wenn man sich mit ihr allein begnügt, die Ursache einer Fehldiagnose werden. In einem Falle ergab die histologische Untersuchung eine „einwandfreie Epitheloidzellentuberkulose" (Marx), während es sich tatsächlich um eine tertiäre Lues handelte.

Die Diagnose ex juvantibus ist nicht immer beweisend, als Beispiel sei nur erwähnt, daß nicht selten tuberkulöse Schleimhautveränderungen auf Jodkali prompt reagieren.

Die größte Bedeutung zur Sicherung der Diagnose „Lues" kommt unzweifelhaft der serologischen Untersuchung zu. Von hoher Wichtigkeit ist dabei vor allen Dingen der Ausfall der Reaktionen im Liquor cerebrospinalis. Der positive Ausfall der Wa.-R. ist mit wenigen Ausnahmen ein sicherer Beweis, daß ein Individuum luetisch infiziert ist, aber kein Beweis dafür, daß den augenblicklichen Beschwerden ein luetischer Prozeß zugrunde liegt. Andererseits kann man „aus einem negativen Ausfall der Wa.-R. im Blut niemals schließen, daß eine Syphilis nicht vorliegt, und selbstverständlich noch viel weniger, daß unklare klinische Symptome nicht mit Syphilis zusammenhängen". (Ziehler-Jakobi.) So fehlt z. B. bei der Lues cerebrospinalis die Wa.-R. im Blut in ungefähr 20—30 % aller Fälle. (Nonne.) Sehr oft wird es durch die Auswertung der Reaktion im Liquor, bei negativem Ausfall bei einem Zusatz von 0,1 bis 0,5 ccm und durch das Ergebnis der „Vier Reaktionen" möglich sein, doch zu einem sicheren Ergebnis zu kommen. Der Befund im Blute kann häufig von dem im Liquor unabhängig sein, so daß

trotz Negativ-bleibens der Wa.-R. im Blut Veränderungen im Liquor auftreten. (Scherber.) Dieser Fall trifft für unseren Patienten zu. Noch weiter gehen Ziehler und Jakobi, nach ihnen ist „bei sicherer Syphilis des Zentralnervensystems nach mißlungener Abortivbehandlung der negative Ausfall der Wa.-R. im Blute das gewöhnliche, hier finden sich aber positive Befunde (öfter auch Wa.-R.) in der Rückenmarksflüssigkeit".

Die Schlußfolgerung aus diesen Ergebnissen ist für die Praxis: Bei einem unklaren Krankheitsbild ist es nicht genug, sich mit dem negativen Ausfall der Wa.-R. im Blute zu begnügen, es muß in einem solchen Falle stets die Beschaffenheit des Liquor untersucht werden. So wird dann manche zweifelhafte Diagnose schnell zu einer sicheren gestaltet, mancher Patient statt langer ergebnisloser Behandlung der richtigen Therapie zugeführt werden können.

Zur Sicherung der Diagnose „Lues" genügt es nach dem oben Gesagten nicht, ein oder anderes Hilfsmittel der Differentialdiagnostik anzuwenden; nur durch das Uebereinstimmen mehrerer Glieder kann die Beweiskette geschlossen werden. Bei allen Patienten, die sicher eine Syphilis hatten, wurde die Diagnose eines spezifischen Prozesses fast stets nur auf Grund der serologischen Untersuchungsergebnisse gestellt, bewiesen wurde sie dann durch die schlagenden Erfolge, die die spezifische Therapie trotz fehlender Lokalbehandlung aufzuweisen hatte.

Zusammenfassend ergibt sich, wie auch schon weiter oben erwähnt, die Tatsache, daß dem unsrigen analoge Fälle anscheinend sehr selten beobachtet sind, zum mindesten sind sie nicht in der Literatur verzeichnet. Immerhin liegt aber die Wahrscheinlichkeit nahe, daß derartige Fälle nicht in solch ausgesprochenem Maße zu den außerordentlichen Seltenheiten gehören, wie es bis heute den Anschein hat. Vermutlich werden ähnliche Erscheinungsformen einer Syphilis doch noch häufiger gefunden werden, wenn bei unklaren Krankheitsbildern stets die Mahnung befolgt wird:

„Immer an Lues denken".

* * *

Zum Schluß sei mir gestattet, auch an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Marx für die liebenswürdige Ueberlassung des Themas und freundliche Durchsicht meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Bernhardt: Die Neuralgien. Nothnagel: Handbuch der spez. Pathol. und Therapie. Bd. IX Teil II.

Dreifus: Die Beschaffenheit des Liquor cerebrospinalis, das entscheidende Moment für Prognose und Therapie in den einzelnen Stadien der Syphilis des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschrift, 1920 Nr. 48.

Goldstein: Die einzelnen Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Handb. der inneren Med. Bd. V, I. Teil, Springer 1925.

Hajek: Path. und Therap. der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Deutike, Leipzig-Wien 1926.

P. Tetens-Hald: Intern. Zentralblatt für Ohrenheilkunde usw. Bd. 10, 1912, S. 268.

Kuttner: Die Syphilis der Nebenhöhlen der Nase. Archiv für Laryng Bd. 24.

Marx: Differentialdiagn. interessante oto-laryngol. Fälle von Lues. Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Band 24.

Nonne: Syphilis und Zentralnervensystem. S. Karger, Berlin 1923.

Oppenheim: Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Nothnagel, Handb. der spez. Path. u. Therapie. Bd. IX, Teil III, 1. Abtlg.

Rhese: Die chronischen Entzündungen der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle usw. Archiv f. Laryng. Bd. 24, Seite 385.

Scherber: Med. Klinik, 1923, S. 1389 ff.

V. Schmidt: La Syphilis des cavitées accessoires du nez. Acta oto-laryngologica Bd. III, Heft 1—2.

Ziehler-Jakobi: Lehrbuch und Atlas der Syphilis. Urban und Schwarzenberg, Berlin 1924.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Karl Wagenfeld, bin geboren am 21. August 1903 als Sohn des Schriftstellers Karl Wagenfeld zu Münster i. Westf. Nach vierjährigem Besuch der Volksschule und neunjährigem Besuche des Städt. Gymnasiums zu Münster bestand ich Ostern 1922 die Reifeprüfung.

Die vorklinischen Semester verbrachte ich in Münster, wo ich im Juli 1924 die ärztliche Vorprüfung ablegte.

Die zwei ersten klinischen Semester studierte ich in München, das Wintersemester 1925/26 in Wien, die zwei letzten Halbjahre wieder in Münster. Hier beendete ich im Mai des Jahres 1927 meine ärztliche Staatsprüfung.

Vom 15. Juni bis Ende Oktober war ich als Medizinalpraktikant an der Inneren Abteilung des Städt. Clemenshospitals zu Münster. Seit dieser Zeit bin ich als Praktikant am Pharmakologischen Institut der Westf. Wilhelmsuniversität.